

المؤسسة العمومية الولائية لتسيير مراكز الردم التقني لولاية غرداية
المقر: مديرية البيئة سابقا لولاية غرداية 4 شارع القاهرة 47000 غرداية

لجنة الخدمات الاجتماعية



استمارة رقم 09

طلب كفالة او تعويض عملية جراحية

اللقب: .... **الإسم:** ....

تاريخ ومكان الإزدياد: ....

العنوان الشخصي: ....

رقم الهاتف: ....

الوظيفة: .... **مكان العمل:** ....

معلومات خاصة بالمريض اذا كان غير العامل(ة): الزوج(ة) ☐ **الإبن(ة)** ☐

إسم ولقب المريض: .... **تاريخ ومكان الإزدياد**................................

حرر بـــــ..............................**في:** ..../..../..........

إمضاء المعني:

الملف الإداري المرفق مع الطلب:

- استمارة رقم 09.
- تقرير طبي يثبت الحاجة للعملية بالإضافة الى فاتورة قانونية.
- شهادة عائلية إذا كانت العملية لغير العامل.
- شهادة عدم انتساب CNASوCASNOS للزوجة او البنت الغير متزوجة + 21 سنة.
- شهادة عدم زواج للبنت فوق 21 سنة في حال كانت العملية لبنت العامل.

إطار خاص بلجنة الخدمات الاجتماعية

رقم الملف	تاريخ المعالجة	قرار اللجنة	رقم أمر التحويل المصرفي	ملاحظات